

Información del Paciente - Demografía

Primer Nombre: _____ Inicial del 2 Nombre: _____ Apellido: _____ Apellido de Soltera: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Femenina Masculino

Dirección: _____ Numero de Apartamento # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuál es su lenguaje primario: Inglés Español Vietnamita Otro _____

Estado Matrimonial: Casado Divorciado Viudo Soltero Separado Legalmente Unión Libre

Numero de Teléfono en Casa: _____ Numero del Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Parentesco al Paciente: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

UDS

Orientación Sexual/Cuestionario de Identificación de Genero:

- Como piensa Usted de Sí mismo?:
 Recto o Heterosexual Lesbiana o Homosexual Bisexual Algo diferente No Sabe Prefiere no divulgarlo
- Como piensa Usted de Sí mismo?:
 Masculino Femenina Hombre Transgénico (de Mujer a Hombre) Mujer Transgénica (de Hombre a Mujer)
 Otro, por favor especifique: _____ Prefiere no divulgarlo
- Que sexo le asignaron al nacer en su Acta de Nacimiento Original?
 Masculino Femenina Se niega a responder

Otras Preguntas:

- Es usted Trabajador Migrante? Sí No
- Cuál es su raza?: Africano Americano Blanco Multirracial Asiático Hawaiano Americano Nativo
 Indio Americano/Nativo de Alaska Otro Isleño del Pacifico Otro: _____
- Es Usted Hispano Latino: Yes No
- Es Usted Veterano Militar: Yes No

Información de Facturación

Tiene Seguro de Salud? Si No En caso afirmativo, que tipo? Seguro Privado Medicaid Medicare

Si tiene Seguro Privado, por favor complete la información del poseedor de La Póliza de Seguros debajo de ser diferente del Paciente.

Nombre del poseedor de la Póliza de Seguros: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social # _____ Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____